



(1) DADOS DO ALUNO:

Nome Completo: _____

RA:	RG.:	CPF.:
Estuda		
<input type="checkbox"/> Colégio	<input type="checkbox"/> Graduação	<input type="checkbox"/> Pós-Graduação (Lato-Sensu)

Grau de Relacionamento

Funcionário Associado/Membro Dependente Legal (*)

(*) caso seja dependente preencher obrigatoriamente no item 2, nome do responsável legal.

Declaro estar ciente de que:

- a) Não é permitido o acúmulo entre dois convênios.
- b) O percentual de desconto será de acordo com o Contrato firmado.
- c) O desconto é válido para parcelas quitadas até a data de vencimento.

Assinatura do Aluno

Assinatura Responsável Legal

(2) DADOS DA EMPRESA / ASSOCIAÇÃO / SINDICATO / OUTROS:

Empresa Associação Sindicato Entidades religiosas Outros

Razão Social: _____

Fantasia:	CNPJ.:
Nome Funcionário:	Código Funcionário:

Declaro para os devidos fins que as informações citadas acima são verdadeiras.

Nome Proprietário/Responsável

Carimbo do CNPJ

Assinatura Proprietário/Responsável

O carimbo com o número do CNPJ é obrigatório. Caso a empresa não possua o carimbo anexar o Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral de Pessoa Jurídica, que deverá ser impresso no site http://www.receita.fazenda.gov.br/PessoaJuridica/CNPJ/cnpjreva/Cnpjreva_Solicitacao.asp, Estarão dispensados de carimbo ou Comprovante de Inscrição Cadastral de Pessoa Jurídica, os associados cadastrados na Entidade como profissionais liberais (Cadastro pelo CPF).

(3) PREENCHIMENTO PELA ASSOCIAÇÃO:

(*) DEVERÁ SER PREENCHIDO SOMENTE SE FOR EMPRESAS VINCULADAS A ASSOCIAÇÕES/SINDICATOS.

Declaramos a Universidade Metodista de Piracicaba, que a pessoa física / pessoa jurídica citada acima é associada a: _____

Nome da Entidade conveniada a UNIMEP

Conferido em ____/____/____

Carimbo do CNPJ

Assinatura do Responsável

Após preenchimento, entregar o requerimento no Atendimento Integrado do seu Campus.

Nome: _____ RECEBIDO E CONFERIDO UNIMEP EM ____/____/____

Curso/turno: _____



Registro Acadêmico: _____ Carimbo / Assinatura